

EDITORIAL

¿RÉQUIEM POR LAS CROMONAS?

La aparición del cromoglicato disódico al final de los años 60 del pasado siglo (1) constituyó un verdadero hito en el tratamiento del asma (2) y, posteriormente, de la rinitis y conjuntivitis alérgicas. La eficacia en la prevención de las crisis y la posibilidad de evitar en muchos casos el empleo de corticosteroides sistémicos, con no pocos efectos indeseables, colocaron al cromoglicato en primera línea del tratamiento del asma, sobre todo en los casos de asma leve o moderada. Con estas indicaciones, los niños fueron los más beneficiados, dado que al comienzo la enfermedad se caracteriza por su menor gravedad, siendo la repetición de las crisis lo que hace que la evolución sea más tórpida, por la persistencia de la reacción inflamatoria subyacente. El estudio del mecanismo de acción del producto, entonces se centró en la inhibición de la liberación de mediadores por las células efectoras, los mastocitos. El concepto de inflamación como mecanismo patogénico del asma, aún estaba en ciernes.

La posterior comercialización de un producto similar, el nedocromil sódico, indicado en los mismos enfermos, con una ligera mayor eficacia, sobre todo mejoró el cumplimiento de la prescripción, al reducirse el número de dosis/día necesarias con el cromoglicato (3). El mecanismo de acción de ambos medicamentos llegó a conocerse mejor, situado en evitar la liberación de los mediadores, gracias al bloqueo de los canales de cloro, consiguiendo así estabilizar a los mastocitos e inhibir la activación de los eosinófilos y la consiguiente liberación de mediadores de la inflamación (4). Así pues, la acción antiinflamatoria atribuida a estos medicamentos, debe entenderse más bien como preventiva de la inflamación. De ahí su eficacia en la prevención de las crisis, antes de que la reacción inflamatoria sea persistente en la mucosa bronquial. La falta de deterioro de la función respiratoria en los casos de asma leve (episódica infrecuente) o moderada (episódica frecuente) avala la necesidad de prevenir las crisis, antes que reducir la inflamación (5). Las indicaciones de ambas cromonas se han mantenido indiscutibles (6-9) si bien en los últimos tiempos, algunos estudios patrocinados, insisten en la administración precoz de los antiinflamatorios, sobre todo los corticoides inhalados, cuyos efectos secundarios son más destacados y cuya indicación se centra en un segundo o tercer escalón de los esquemas terapéuticos más en uso (5, 10, 11).

Del modo de actuar de las cromonas, se deduce el lugar que ocupan en el esquema terapéutico del asma, es decir, antes de que la inflamación esté consolidada, estado en el que está comprometida la recuperación de la permeabilidad bronquial, como puede comprobarse por la menor eficacia de los β -agonistas, con escaso incremento del FEV₁ y del FMF₂₅₋₇₅ tras la inhalación. Es en esta situación cuando están indicados los corticoides inhalados (12). Dado que la mayoría de las veces la enfermedad se inicia en la infancia, las

cromonas estarán más indicadas en el asma infantil. El mayor problema está en la necesidad de inhalar 3-4 dosis de cromoglicato al día, aunque en la práctica, una vez controlado el proceso, pueden reducirse a 2-3 dosis. El nedocromil requiere menos dosis y su eficacia es prácticamente superponible. Por lo tanto, se impone la necesidad del diagnóstico precoz y, todavía más si puede confirmarse la participación de algún alérgeno como causante del proceso, posibilitando el tratamiento etiológico mediante inmunoterapia, al mismo tiempo que se administra la cromona.

A pesar de los trabajos que no aprecian la eficacia de estos medicamentos (13), aparte de los trabajos favorables antes citados, la experiencia diaria juega a favor de su empleo, como han expresado diversas comunicaciones aparecidas recientemente en la Red Alergia Argentina, tras haberse planteado la utilidad de los mismos. La experiencia demuestra además, la gran eficacia en el control del asma rebelde del niño pequeño, administrando el cromoglicato mediante aerosol. Utilidad también evidente en la prevención del asma por ejercicio, así como en otros procesos, como la rinitis alérgica o la conjuntivitis. Lástima que la presión que recibe el médico a favor al uso precoz de los corticoides inhalados, esté haciendo desaparecer unos medicamentos que tanta utilidad han demostrado en la prevención de las crisis de asma, exentos de efectos secundarios y mucho más económicos.

F. Muñoz-López

REFERENCES

1. Altounyan REC. Inhibition of experimental asthma by a new compound, disodium cromoglycate. Acta Allergol 1967;22:487.
2. Disodium cromoglycate. Special Sectional Meeting. 7th International Congress of Allergology. Florence, October 1970. C.E.P.I. Rome.
3. Cherniak RM, Wassermann SI, Ramsdell JW. A double-blind multicenter group comparative study of the efficacy and safety of nedocromil sodium in the management of asthma. Chest 1990;97:1299-306.
4. Alton EFW, Norris AA. Chloride transport and the actions of nedocromil sodium and cromolyn sodium in asthma. J Allergy Clin Immunol 1996;98 (part 2):S102-6.
5. Warner JO, Naspitz CK, Cropp GJA. Tirad International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. Pediat Pulmonol 1998;25:1-17.
6. Barnes PJ, Holgate ST, Laitinen LA, Pauwels R. Asthma mechanisms, determinants of severity and treatment: the role of nedocromil sodium. Clin Exp Allergy 1995;25:771-87.
7. Holgate ST. The immunopharmacology of mild asthma. J Allergy Clin Immunol 1996;98 (par 2):S7-16.
8. König P. The effects of cromolyn sodium and nedocromil in early asthma prevention. J Allergy Clin Immunol 2000;105:S575-85.
9. Edwards A, Holgate S, Howell J, Warner J, Stevens M, Aberg N et al. Sodium cromoglycate in childhood asthma. Thorax 2001;56(4):331.
10. Global Initiative for Asthma. Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health. NHI Pub. N° 96.3659. Bethesda, MD. December 1995.
11. Comité de Asma de la SEICAP. Guía para la atención del niño asmático. Allergol et Immunopathol 2000;Monográfico 1.
12. Coronen K, Korppi M, Remes S, Reijonen TM, Remes K. Lung function in school-aged asthmatic children with inhaled cromoglycate, nedocromil and corticosteroid therapy. Eur Respir J 1999;13:82-6
13. SzeffleS, Weiss S, Tonascia J. Long-term effects of budesonide or nedocromil in children with asthma. N Engl J Med 2000;343:1050-63.